1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 30

MÉNINGITES

Cérébro-Spinales

OBSERVÉES A ROCHEFORT

Pendant l'Hiver 1885-86

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 7 Avril 1886

PAR

PAUL CLAVERIE

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 7 Septembre 1858

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

- LAYET, *Président.*
- PICOT.
- ARTIGALAS.
- ARNOZAN.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 30
DE BORDEAUX

MÉNINGITES

Cérébro-Spinales

OBSERVÉES A ROCHEFORT

Pendant l'Hiver 1885-86

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 7 Avril 1886

PAR

PAUL CLAVERIE

Né à Rochefort (Charente-Inférieure), le 7 Septembre 1858

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LAYET, *Président.*
PICOT.
ARTIGALAS.
ARNOZAN.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIÉCHAUD.
	LAGRANGE.
	DEMONS.
	DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE :

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle.	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enf.	BITOT.	Maladies mentales	N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR BOURRU

Professeur de Clinique Médicale à l'École de Médecine de Rochefort.

A MONSIEUR A. LAYET

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

HOMMAGE RESPECTUEUX.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0010

MÉNINGITES

Cérébro-Spinales

OBSERVÉES A ROCHEFORT

PENDANT L'HIVER 1885-86

L'hiver 1885-86 a été, à Rochefort, très pluvieux, avec des oscillations de température peu marquées ; le thermomètre, d'autre part, étant rarement descendu au-dessous de zéro degré. Les maladies qui ont régné ont été, en première ligne, les affections catarrhales : angine, laryngite, bronchite, pneumonie, etc., qui ont sévi avec une intensité si grande, un caractère d'acuité et de gravité tel et des symptômes si particuliers qu'il était impossible de ne pas reconnaître qu'on se trouvait en présence d'un consensus morbide, d'une constitution médicale absolument spéciale, en un mot, en face d'une

épidémie de grippe. Cette grippe, comme c'est le propre de cette affection, s'est manifestée sous les formes les plus variées tout en marquant chaque cas de son cachet propre et qu'on ne pouvait méconnaître. En même temps que cette épidémie de grippe qui a frappé non seulement la population militaire, mais aussi la population civile, et dans de non moindres proportions, on observait quelques cas de fièvre typhoïde. A part deux scarlatines légères, on n'a constaté aucune fièvre éruptive contrairement à ce qui se présente généralement à cette époque de l'année dans les casernes où arrivent alors les nouvelles recrues. C'est au milieu de cette constitution médicale que sont survenus successivement les différents cas que nous allons étudier.

OBSERVATIONS

Observation I

Le nommé L... François, âgé de vingt-deux ans, soldat d'infanterie de marine, né à Trévé (Côtes-du-Nord), entre à l'hôpital le 13 février (service de M. le professeur Bourru, clinique médicale).

Il est malade depuis le 9 février au soir; à ce moment, il a éprouvé un violent frisson par tout le corps; le lendemain, il se plaint de courbature générale, d'anorexie et de fièvre. Il reste à l'infirmerie sans modification dans son état jusqu'au 13 février. A son entrée à l'hôpital, le 13 au matin, le malade a la peau sèche et chaude, le facies est rouge, la tête est renversée en arrière, il est couché sur le côte droit dans

l'attitude pelotonnée, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le ventre. La soif est vive, la langue est sèche, blanche au milieu et rouge sur les bords. Pas de selles depuis trois jours. L'intelligence est conservée, la parole est nette, le malade se plaint d'une vive douleur à la région cervico-occipitale. Il y a une hyperesthésie excessive généralisée à tous les téguments. Au moindre contact le malade a des soubresauts brusques et convulsifs. Pas de trismus, pas de contracture.

Aucun trouble oculaire.

La raie méningitique n'apparaît pas sous la pression de l'ongle.

Les urines ont une densité de 1020, donnent une réaction acide, et contiennent de l'albumine non rétractile.

La température est, à quatre heures du soir, 40°5, le 12 février; le pouls à 96.

Le 13 février, T. M. = 39,8 P. M. = 95.
T. S. = 40,2 P. S. = 110.

Prescription. — Lait. Calomel, 0gr10 en dix paquets, dix sangsues à la nuque.

14 février. — La douleur à la région cervico-occipitale a diminué beaucoup; les mouvements de latéralité de la tête se font bien, mais ceux de flexion sont douloureux. Diplopie bien marquée se produisant à la limite de la rotation latérale des yeux à droite et à gauche.

Le ventre est un peu rétracté et le malade conserve son attitude pelotonnée.

Plusieurs selles liquides dans la journée d'hier et dans la nuit.

Le pouls est mou, dicrote, offrant les caractères du pouls typhoïde.

Urines : D. = 1020. Réact. acide. Albumine.

T. M. = 40,3	T. S. = 40,3
P. M. = 105	P. S. = 110

Prescription. — Lait. Calomel, 0^{g}10 en dix paquets. Pot. chlorate de potasse 4 grammes.

15 février. — Dans la journée d'hier, le malade s'est plaint d'une gêne considérable de la respiration et accuse encore le matin de l'oppression épigastrique. A l'examen des poumons, on trouve des râles sibilants assez nombreux disséminés dans les deux poumons surtout à gauche. La sonorité est restée normale à part un peu de submatité au sommet droit.

La raideur du cou a augmenté en même temps que s'est établie une extension exagérée de la tête. La diplopie a complètement disparu ; la vision est nette.

Du côté de l'intelligence, pas de troubles ; pas de délire, pas de cris, pas de plaintes à moins qu'elles ne soient provoquées par un attouchement. Cependant l'hyperesthésie a diminué sensiblement. En revanche, la parole est devenue difficile et embarrassée ; elle est lente, les mots sont scandés ; il y a aussi de la dysphagie.

Les caractères du pouls sont les mêmes. Sous l'influence du calomel sept ou huit selles diarrhéiques.

Langue sèche et rouge à la pointe.

La raie méningitique se dessine pour la première fois ; la trace de l'ongle apparaît d'abord en blanc pâle, puis rougit fortement ressortant presque en relief, limitée de chaque côté par une bande pâle.

Urines : 800 grammes dans les vingt-quatre heures, toujours albumineuses.

Prescription. — Lait. Calomel d°. Pot. chlorate potasse. Vésicatoire à la nuque.

T. M. = 39,7	P. M. = 100
T. S. = 39,9	P. S. = 90

16 février. — Ce matin l'état général paraît s'être amélioré; la respiration est plus libre; la nuit a été tranquille; les mouvements de la tête sont plus faciles, la langue s'est un peu nettoyée et est un peu humide.

Le pouls est plein, vibrant.

Selles diarrhéiques jaunâtres.

Urines : Réaction acide. D. = 1020. Albumine, 800 gr. dans les vingt-quatre heures.

T. M. = 39,5	T. S. = 39,4
P. M. = 95	P. S. = 104

Prescription. — Lait. Calomel *ut suprà.* Chlorate de potasse.

Le 17 février, il n'y a pas de changement notable dans l'état du malade; cependant, la céphalalgie, qui avait cédé un peu, a repris un caractère intense, surtout dans la région de la nuque. Le pouls, qui s'était un peu relevé, est redevenu mou et dicrote. Plusieurs selles diarrhéiques dans la journée d'hier et la nuit.

Il n'y a pas de trace d'une éruption quelconque; pas de douleur dans les fosses iliaques.

T. M. = 39,6	T. S. = 39,8
P. M. = 96	P. S. = 90

Même prescription qu'hier. (Ni salivation, ni stomatite mercurielle.)

18 février. — Cette nuit, le malade, dont le sommeil a été tranquille, a essayé de se lever, a pu se tenir debout, mais sans pouvoir faire un pas. Même dans son lit c'est avec difficulté qu'il exécute un mouvement volontaire, tandis qu'une

légère pression à la région dorsale amène des soubresauts convulsifs violents.

La langue est sèche, fuligineuse, typhoïde; le ventre, qui était redevenu un peu plus souple, se rétracte; la raie méningitique s'accuse encore davantage. La respiration offre le type très net de la respiration de Cheyne-Stokes; les mouvements respiratoires s'accélèrent par série, puis ils se ralentissent graduellement et cessent complètement pendant un grand moment jusqu'à une nouvelle série, et ainsi de suite.

Le malade garde dans son lit une immobilité absolue; il reste dans le décubitus dorsal, un peu sur le côté droit, les jambes fléchies sur les cuisses. Pas de douleur dans les articulations.

T. M. = 39,3	T. S. = 39,1
P. M. = 100	P. S. = 95

Prescription. — Lait. Sulfate de soude, 30 gr.

19 février. — Sommeil calme. Décubitus dorsal sans flexion des jambes. La langue est fuligineuse; les fuliginosités ont même envahi les lèvres et les gencives. Selles très abondantes par le sulfate de soude.

T. M. = 39,7	T. S. = 40,2
P. M. = 90	P. S. = 100

Prescription. — Lait. Pot. iodure potassique 0 gr. 50. Calomel, d°.

20 février. — Le malade va moins bien, la parole, qui était déjà un peu scandée et embarrassée, devient plus difficile; cependant l'intelligence persiste, et le malade répond par signes. Il est immobile dans son lit, dans un état d'abatte-

ment complet. La roideur du cou, qui diminue un jour pour revenir le lendemain, est aujourd'hui un peu moindre.

Quatre selles liquides depuis hier matin.

Un peu de toux sans expectoration; en avant râles sibilants sous les clavicules; disséminés en arrière.

Notons que le malade n'a présenté aucun trouble de l'ouïe, ni de la vue depuis ce phénomène de diplopie signalé dans les premiers jours; phénomène fugace, mais qui était absolument net à ce moment.

Le 20 au soir, à la contre-visite, le malade est toujours dans une demi-stupeur; somnolence dans la journée. Par moment, la face est envahie par une rougeur très vive alternant avec une pâleur extrême.

Rien au cœur.

T. M. = 39,5	T. S. = 40,2
P. M. = 90	P. S. = 100

Prescription. —Lait. Iodure potassique, 1 gr. Thé punché.

Le 21 février est marqué par une amélioration sensible. La parole est plus nette, quoique l'articulation des mots soit toujours un peu pénible. La respiration est plus régulière et ne présente plus le type de Cheyne-Stokes qu'à intervalles éloignés. Le ventre est un peu plus souple et plus plat. La langue est noirâtre et sale, mais humide.

La fièvre persiste après les mêmes caractères qu'aux premiers jours de son entrée et presque sans rémission matinale.

T. M. = 39,7	T. S. = 39,9
P. M. = 100	P. S. = 100

Le pouls est toujours mou, fréquent et dicrote.

Prescription. — Lait. Thé punché. Iodure de potassium, 1,50.

Le 22, l'amélioration continue, la parole se dégage de plus en plus.

Une selle pateuse ce matin. La langue est moins bonne, sèche et fuligineuse.

Une éruption morbilliforme assez confluente a envahi les membres supérieurs et les cuisses, surtout du côté de l'extension. Elle est plus rare au tronc et à l'abdomen. Elle ressemble, à s'y méprendre, à une éruption de rougeole ; l'éruption affecte la forme en croissant et en corymbe de la rougeole avec des intervalles de peau saine.

Aussi ce matin, avec la toux, de l'expectoration catarrhale assez abondante et l'éruption, le malade a absolument l'aspect d'un morbilleux.

T. M. = 39,3	T. S. = 39,7
P. M. = 90	P. S. = 104

Même prescription qu'hier.

Le lendemain, 23, l'oppression est notable, la toux fréquente, l'expectoration abondante ; râles sous-cupitants, sibilants et ronflants disséminés des deux côtés.

L'éruption s'est généralisée au tronc et à l'abdomen où elle est très abondante.

T. M. = 38,9	T. S. = 39
P. M. = 100	P. S. = 104

24 février. — L'exanthème paraît avoir joué le rôle de phénomène critique. Tous les symptômes morbides sont atténués ce matin; presque plus de raideur du cou; le malade se tient debout et fait quelques pas.

Le pouls est plein, régulier; la langue est toujours un peu rôtie, mais les fuliginosités se détachent facilement.

La respiration est devenue régulière, quoique fréquente et un peu superficielle à 36 inspirations par minute.

Du côté des poumons, il y a des râles partout ; la toux est fréquente, l'expectoration muqueuse. Depuis quatre jours la voix s'est éteinte peu à peu et aujourd'hui l'aphonie est presque complète. Pas de dysphagie ni de douleur à la pression au niveau du larynx.

T. M. = 38,6	T. S. = 38,9
P. M. = 100	P. S. = 114

Prescription. — Lait. Potion : acétate ammoniaque, 8 gr. ; teinture d'aconit, 20 gouttes ; sirop de Tolu, 30 gr.

Potion tonique avec rhum et extrait de quinquina.

Ergot de seigle, 1 gr.

Vésicatoire à la poitrine.

25 février. — Ce matin, apyrexie complète soit par l'effet de l'ergot de seigle, soit par la marche naturelle de la maladie dont les symptômes s'amendaient depuis deux jours.

L'éruption a beaucoup pâli; apparition d'un groupe de vésicules d'herpes à l'oreille droite. Sudamina à l'abdomen.

Respiration plus libre.

T. M. = 36	T. S. = 36,9
P. M. = 88	P. S. = 84

Prescription. — Thé punché, mêmes potions, pas d'ergot.

Le 26, l'amélioration est telle que le malade peut être considéré comme hors de danger. L'éruption a presque complètement disparu; desquamation furfuracée. La langue est bonne.

L'analyse des urines donne : D. 1010. — Albumine, néant.

T. M. = 36,9 S. = 38,5

A partir de ce moment, le malade entre en convalescence ; la température est redevenue normale, les forces reviennent peu à peu. La voix revient lentement.

Le 3 mars, l'albumine reparaît pour disparaître définitivement et le malade se rétablit lentement, mais régulièrement.

Si nous jetons un coup d'œil général sur le cas que nous venons de suivre jour par jour, pour reconnaître la maladie que nous avons eu à combattre, nous trouvons en résumé les symptômes suivants :

Au début : frissons, fièvre, symptômes gastriques ; au quatrième jour, à l'entrée à l'hôpital, le visage est rouge, les yeux injectés, le cou raide et douloureux, la fièvre est ardente ; les jours suivants, surviennent de l'hyperesthésie générale, une attitude pelotonnée, de la diplopie, des éruptions, de l'albuminurie et de la congestion pulmonaire.

Nous nous trouvions en présence de nombreux symptômes de méningite : la raideur de la nuque, le décubitus pelotonné, la constipation, les troubles oculaires ; mais, en revanche, des signes bien importants faisaient défaut : le délire, les cris et surtout les vomissements, tandis qu'enfin d'autres symptômes apparaissaient qui n'appartiennent nullement à la méningite aiguë simple et faisaient rejeter complètement cette hypothèse : je veux dire l'hyperesthésie générale et les éruptions.

Est-ce une fièvre typhoïde ? L'hésitation ne saurait être de longue durée ; et, en effet, tout diffère entre le cas qui nous occupe et la fièvre typhoïde. Le début a été brusque et la

fièvre a, dès les premiers jours, atteint son fastigium; rien que cela suffisait presque à écarter l'idée d'une dothiénenterie. En outre, nous avons eu presque exclusivement des symptômes d'ordre nerveux, tandis que la fièvre typhoïde est dominée par les symptômes abdominaux, et les symptômes nerveux que l'on peut y observer, ne ressemblent en rien à ceux présentés par notre sujet. Cela est trop clair pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage.

Avec le typhus exanthématique le diagnostic est peut-être plus difficile. Dans le typhus, en effet, nous avons un mode de début anologue; il y a également une température élevée dès les premiers jours, une injection vive des yeux et de la face, des éruptions, de l'albuminurie, de la congestion pulmonaire, une défervescence critique le quatorzième jour. Mais l'éruption du typhus apparaît du troisième au cinquième jour, et nous l'avons vue seulement le douzième; enfin, et surtout, on ne rencontre jamais dans le typhus ces signes de méningite que nous avons notés chez notre malade et qui suffiraient à eux seuls à différencier les deux maladies.

Ce qui a dominé, dans le cas qui nous occupe, ce sont les symptômes par lesquels se manifestent l'inflammation des méninges, tant des méninges cérébrales que des méninges rachidiennes, et la forme du cas observé répond absolument aux descriptions classiques de méningite cérébro-spinale; et c'est évidemment devant ce genre d'affection que nous nous sommes trouvé. Nous voyons, dans les descriptions que les auteurs ont données de cette maladie, qu'elle débute brusquement par un ou plusieurs frissons, bientôt suivis d'une terrible céphalalgie, de douleurs rachidiennes, d'hyperesthésie cutanée. La marche n'a pas été autre dans l'observation rapportée plus haut. La température ne présente pas dans sa courbe un ensemble d'oscillations permettant d'en dégager aucune règle, elle atteint ou dépasse 39 et 40°; et, en effet, si nous étudions la marche de la température, nous

voyons que, pendant treize jours, la fièvre a été continue sans rémission matinale le plus souvent, et que la température s'est maintenue entre 39,5 et 40°. Au quatorzième jour, défervescence brusque et le thermomètre descend au-dessous de la normale.

Les troubles de motilité que nous avons constatés se retrouvent avec les mêmes caractères dans toutes les descriptions de méningite cérébro-spinale : il y a, disent les auteurs, des contractures partielles ou généralisées ; la raideur de la nuque est si caractéristique qu'en Suède et en Norwège plusieurs dénominations populaires de la maladie font mention de ces symptômes. Aux contractures se joignent des secousses convulsives d'une violente acuité.

Notre malade a présenté de la diplopie, et l'on voit que les troubles oculaires, dilatation pupillaire, amblyopie, etc., ont ont été signalés comme très fréquents.

L'apparition de l'exanthème morbilliforme vient encore assurer le diagnostic ; dans presque toutes les épidémies de méningite, des éruptions diverses ont été notées, éruptions auxquelles, selon nous, on a voulu faire jouer un trop grand rôle et qui ont contribué à obscurcir la question importante de l'étiologie de l'affection. On a observé des éruptions morbilliformes, scarlatiniformes, ortiées, des taches ecchymotiques et des groupes d'herpes aux lèvres, au nez et en d'autres points, éruptions vésiculeuses qui ont frappé tous les observateurs, et que la plupart rattachent à un trouble trophique ayant son point de départ et sa raison anatomique dans les lésions observées après la mort.

Bref, pas un seul symptôme chez notre malade qui ne concoure au diagnostic de méningite cérébro-spinale.

On a signalé la fréquence de l'albumine dans les urines ; elle a été, en effet, constante jusqu'à la convalescence ; il n'y a pas lieu, croyons-nous, de la rattacher à une lésion rénale, mais plutôt à une altération des matières albuminoïdes du

sang, altération qui s'explique très bien par la présence du principe infectieux de la maladie.

Nous notons en outre avec soin, à la fin de la maladie, cette sorte de répercussion sur les organes pulmonaires, et nous remarquons que c'est au moment où les phénomènes nerveux vont disparaître que la bronchite apparaît. Nous reviendrons plus tard sur ce phénomène important.

Observation II

Ch., vingt et un ans, soldat d'infanterie de marine, né à Thenon, Dordogne. — Mort. — Service de M. le professeur Treille.

Cet homme arrive à l'hôpital le 27 janvier, malade depuis deux jours. Le 25 il dit avoir éprouvé un violent mal de tête, accompagné de rachialgie et de fièvre; le lendemain il est dans le même état et le 27 les symptômes s'aggravant, on l'envoie à l'hôpital. A son entrée on constate que le malade, couché dans le décubitus dorsal, est dans un état d'abattement profond, il ne répond pas aux questions posées et est en proie à un peu de délire tranquille. Il est dans une résolution complète, pas de contracture du cou, du tronc, ni des membres. Sensibilité normale. Les pupilles sont dilatées. Le ventre est tendu, fortement rétracté. Diarrhée, selles noires liquides. Langue rôtie.

Je signalerai ici une fois pour toutes la présence de l'albumine dans les urines constatée jusqu'à la mort.

T. M.= 40, 4 T. S. = 40, 3

Prescription. — Acide salicylique 4 gr. dans une potion alcaline. Ventouses scarifiées.

Le lendemain 31 janvier, l'état est le même, le délire persiste, la langue et rôtie, fendillée, fuligineuse; et on trouve en outre de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

28 janvier	T. M. = 40	T. S. 40,1
29	—	T. M. = 38,8	T. S. 40
30	—	T. M. = 38,8	T. S. 40
31	—	T. M. = 39,9	T. S. 39,2

Jusqu'au 3 février, l'état du malade reste absolument stationnaire; la dilatation des pupilles est encore plus marquée, la pupille droite plus dilatée que la gauche. Un peu de strabisme convergent.

Le 5 est marqué par une légère amélioration dans certains symptômes et par l'apparition d'autres qui lèvent tous les doutes et ne permettent plus de croire à une fièvre typhoïde dont le malade a, il faut l'avouer, présenté jusqu'à présent tous les signes, moins la marche de la température.

La stupeur s'est dissipée en partie, et le malade répond avec assez de netteté aux questions qu'on lui pose. Mais d'autre part l'hyperesthésie cutanée et généralisée est bien marquée; la paupière supérieure gauche retombe et ferme l'œil du malade. Ni troubles de la vision, ni de l'ouïe.

1 février	T. M. = 38,4	S. = 38,7
2	—	T. M. = 39,5	S. = 39,7
3	—	T. M. = 38,2	S. = 39
4	—	T. M. = 40	S. = 39,5
5	—	T. M. = 39,2	S. = 38,1
6	—	T. M. = 38,9	S. = 39,8

Le 4 on a appliqué 8 sangsues à l'anus; l'acide salicylique a été continué depuis l'entrée à 4 gr; et le 5 on le remplace par le sulfate de quinine à la dose de 0,80 par jour. Potions toniques et stimulantes.

Le 6 février le malade est retombé dans la stupeur, la respiration est stertoreuse, le pouls petit; dans la soirée légère épistaxis.

Le 7 la stupeur s'est dissipée de nouveau, et le malade répond bien aux questions, mais alors on constate des troubles de la motilité, crampes douloureuses, opisthotonos et raideur du cou. Fuliginosités à la langue et aux dents.

Les jours suivants rien de particulier à noter, l'intelligence est nette, selles normales, sommeil tranquille, aucune complication pulmonaire; respiration régulière; seuls les troubles de la motilité, l'hyperesthésie et la fièvre subsistent avec la céphalalgie.

7 février,	T. M. =	37,7	S. = 39,5
8	—	38	— 39
9	—	38	— 38
10	—	38,6	— 38
11	—	38	— 38,8
12	—	37,8	— 39
13	—	38,6	— 38,7
14	—	38	— 38,9
15	—	38,5	— 38,4
16	—	37,2	— 38,2
17	—	37,2	— 38,5
18	—	37,5	— 38,6
19	—	38,5	— 40
20	—	38,8	— 40
21	—	38,4	— 40,6
22	—	38,2	— 40
23	—	38,5	— 40,2
24	—	37,5	— 40

Le 23 février, concurremment au sulfate de quinine 0,60, on administre le seigle ergoté 1 gr. en trois doses et on le continue le 24 et le 25. En outre, eau vineuse et potion tonique.

Le 24 l'hyperesthésie cutanée a augmenté beaucoup d'intensité; il suffit de presser légèrement les téguments des extrémités des membres supérieurs pour que le malade ait des soubresauts convulsifs par tout le corps et pousse des cris de douleur. Cette hyperesthésie atteint surtout les membres inférieurs et les flancs. Les mouvements volontaires sont douloureux, et quand le malade fait le mouvement de croiser les bras pour maintenir en place le thermomètre dans l'aisselle, la douleur est vive et il se plaint. Enfin depuis deux jours ont apparu sur les membres inférieurs de larges plaques d'érythème rouge, sombre, analogue à l'éruption de la scarlatine et se montrant très confluentes également au niveau des hanches et des lombes.

L'intelligence conserve sa netteté, la langue est bonne, les dents se sont nettoyées.

Quant aux contractures, l'opistholonos persiste, en même temps que la raideur du cou. Les mouvements de flexion et de latéralité de la tête sont impossibles.

Le 25 février, l'éruption envahit le thorax surtout à gauche ou l'hyperesthésie est aussi plus prononcée, principalement dans le membre supérieur.

Un peu de diarrhée. Le ventre est empâté, peu douloureux, un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Du côté du visage on note que la commissure droite des lèvres est tirée en arrière; la joue retombe sur le maxillaire.

Gonflement et douleur de la région parotidienne droite.

Le 26, le malade est toujours dans un état adynamie profonde; la langue redevient fuligineuse; l'haleine du malade a une odeur butyrique prononcée; les muscles du côté

droit de la face sont relâchés et flasques avec œdème et gonflement de la parotide. Peu à peu, la physionomie du malade prend un air d'indifférence et d'hébétude. La face et le front sont envahis depuis hier par l'érythème. Le malade ne peut pas parler et quand il tire la langue elle est fortement deviée à droite.

L'hyperesthésie cutanée est extrême.

Le 27, l'érythème a disparu presque complètement à la figure, persiste sur le tronc; commence à se desquammer par plaques furfuracées.

L'état général est toujours très mauvais.

Le 1er mars, à huit heures du matin, même état, diarrhée, pouls petit, un peu de cyanose du visage et des extrêmités.

A dix heures du matin, le malade, jusque là tranquille, est pris de délire, puis il tombe dans le coma.

A deux heures, selles involontaires, liquides, jaunâtres, très abondantes. Les traits sont tirés, les yeux convulsés en haut et les pupilles dilatées. Les narines sont pincées et pulvérulentes. Carphologie et soubresauts de tendons très manifestes dans les avant-bras. La respiration est courte, anxieuse; le pouls filiforme, très lent. Les bruits du cœur sont nets. Une injection hypodermique donne à sa face l'expression d'une vive souffrance. Sous son action, le malade paraît se ranimer un peu, mais il retombe bientôt et meurt à neuf heures quarante-cinq du soir.

L'autopsie est faite trente-six heures après la mort.

Raideur cadavérique; amaigrissement notable; visage cyanosé; escharres au sacrum.

La cavité crânienne est ouverte :

Méninges congestionnées et sinus gorgés de sang. Congestion vive à la surface des circonvolutions cérébrales

A la surface externe de la pie-mère on trouve par places un exsudat purulent peu épais déposé en stries le long des vaisseaux à la convexité des hémisphères surtout, au niveau des circonvolutions pariétales droites.

A la base du crâne : sur la pie-mère un léger exsudat au niveau du chiasma et sur le trajet des vaisseaux qui remplissent la scissure de Sylvius.

Un peu de sérosité dans le ventricule latéral gauche. Rien à droite.

Consistance de la substance cérébrale normale, piqueté hémorrhagique.

Le canal rachidien est ouvert : liquide séreux et jaune à la partie supérieure du canal sous l'arachnoïde.

La moelle cervicale et la moelle lombaire présentent une véritable gaine formée par un exsudat purulent, jaunâtre et épais. La moelle dorsale offre de nombreux points de ramollissement rouge, elle est molle et diffluente.

Le cœur droit est mou, le cœur gauche épais; pas de caillot organisé dans les cavités.

Les poumons sont fortement congestionnés et les ouvertures des petites bronches laissent sourdre par la pression un liquide purulent.

Rien à l'intestin si ce n'est à l'extrémité du cæcum où l'on trouve une plaque tuméfiée et rouge.

Le foie et la rate sont normaux, les reins sont un peu congestionnés.

Sur les plèvres, quelques plaques d'exsudat purulent.

Rien dans le péricarde. Rien dans les cavités articulaires.

Dans ce deuxième cas, la marche de l'affection a été quelque peu différente de celle suivie dans le premier, principalement au début.

Autant le premier affectait les allures d'une méningite, autant celui-ci se rapproche de la fièvre typhoïde : délire, stupeur, langue fuligineuse, diarrhée et gargouillement, douleur dans la fosse iliaque droite. Mais au lieu de météorisme abdominal, nous trouvons le ventre rétracté; la marche de la température suffirait seule à éloigner toute idée de fièvre typhoïde : au deuxième jour de la maladie et dans les jours qui suivent, la température oscille autour de 40° sans rémissions matinales.

Je ne pousserai pas plus loin, sous peine de me répéter, le diagnostic différentiel et avec la fièvre typhoïde et avec les maladies que j'ai passées en revue à propos du premier cas : l'hyperesthésie, les crampes convulsives, la raideur du cou et du tronc, l'éruption, éclairent maintenant suffisamment le diagnostic.

Enfin l'autopsie serait venue, s'il en eût été besoin, lever tous les doutes; les lésions que nous avons constatées son caractéristiques de la méningite cérébro-spinale.

Le troisième cas, que nous allons rapporter, se rattacherait en apparence à la forme foudroyante de Jaccoud, quoique le mot de suraigu lui soit plus applicable.

Observation III

F... Augustin, soldat d'infanterie de marine, vingt et un ans, né à *** département du Cher. Service de M. Treille.

Cet homme est apporté à l'hôpital le 30 janvier. Il est malade depuis la veille; le début a été brusque : céphalalgie intense, diarrhée, fièvre. A son entrée à l'hôpital, on note de la stupeur, de la céphalalgie et de la rachialgie; le ventre est fortement rétracté, la pression est très douloureuse dans la fosse iliaque droite. La langue est sèche, noirâtre, fuligineuse. Le malade répond à peine aux questions, la peau est sèche, brûlante, le pouls fréquent, mou, dicrote, dilatation des pupilles. Diarrhée.

Le lendemain 31, les symptômes ci-dessus s'aggravent, la stupeur est plus profonde; la céphalalgie est intense, raideur du cou. Taches lenticulaires au flanc et à la base du thorax. Un peu d'hyperesthésie.

Le 1er février, la douleur de tête est intolérable; strabisme

convergent avec dilatation des pupilles, fièvre intense, pas de contracture du tronc ni des membres.

La stupeur est complète, peu à peu le malade tombe dans le coma, la respiration s'embarrasse et le malade meurt dans la soirée.

Traitement. — Révulsifs, eau de Sedlitz, sangsues, calomel, stimulants.

Autopsie. — Rigidité cadavérique. Cyanose de la face.

Le crâne est ouvert : injection vive de la pie-mère, les veines sont gonflées, saillantes. Légère couche « beurrée » de pus à la surface convexe des hémisphères, dans la scissure interhémisphérique, à la base du cerveau et au niveau du chiasma.

Un peu de liquide purulent dans le ventricule latéral droit; quantité notable dans le latéral gauche et sur le plexus choroïde.

Le rachis est ouvert : congestion vive de la dure-mère; quelques foyers hémorrhagiques au niveau de la moelle cervicale.

Signes négatifs partout ailleurs.

A propos de cette troisième observation, nous ferons seulement remarquer la présence de taches rosées lenticulaires, et pourtant ce n'est certainement pas une fièvre typhoïde car les lésions cérébro-spinales sont nettes.

Dans trois observations, trois fois la forme de l'éruption a été différente, affirmant une fois de plus ce que nous avancions plus haut : que de l'aspect de l'éruption, on ne saurait rien conclure sur la nature de la maladie.

Observation IV

Bl. André, gardien de l'Observatoire de la marine, trente-deux ans, né à Saint-Michel (Vendée). — Service de M. le professeur Bourru (Clinique médicale).

Cet homme est tombé malade subitement le 3 mars à trois heures du soir; il n'a aucun antécédent morbide.

Il a ressenti à ce moment de la céphalalgie, une vive douleur des lombes et un grand frisson avec fièvre.

Le 4, dans la matinée, dit-on, la fièvre est tombée, elle revient à une heure et demie.

Le 5, rémission le matin, on administre de la quinine à midi, mais le soir la fièvre est très forte.

Le 6, apyrexie dans la matinée (?); 0 g. 75 de quinine à huit heures du matin; à trois heures la fièvre reparaît.

Enfin le 7 au matin, les symptômes se compliquent et le malade est apporté à l'hôpital.

La céphalalgie est violente ainsi que la douleur des lombes; le cou est raide et dans l'extension; l'attitude du corps est pelotonnée, le ventre plat, rétracté, dur; il y a de la constipation et des efforts de vomissements.

En outre photophobie, abattement, langue sèche.

T. M. = 39	P. M. = 80
T. S. = 39,5	P. S. = 80

Prescription. — Ergot de seigle 2 grammes en quatre paquets.

Lavement : séné, 15 gr.; sulfate sodique, 25 gr.

Dix sangsues à la nuque.

8 mars. — Le malade a eu des vomissements bilieux dans la nuit et deux selles moulées. Pas de sommeil, mais se tient tranquille sans cris.

Accuse une violente douleur à la région frontale, la raideur du cou empêche tout mouvement de la tête autre que de légers mouvements de latéralité.

Le ventre est toujours rétracté; pas de raie méningitique.

Respiration profonde, ample, régulière.

Pouls plein, fort, un peu irrégulier.

Urines : Réaction acide; D. = 1040; albumine, néant; urée, 32,5; chlorure 11; phosphate 12,50; sucre, néant.

A la contre-visite, la pression des apophyses épineuses du milieu de la région dorsale aux dernières lombaires produit une vive douleur. Les pupilles sont contractées.

T. M. = 39,6	P. M. = 76
T. S. = 39	P. S. = 80

Prescription — Infusion de tilleul avec eau de fleur d'oranger ; dix sangsues à la région dorsale.

Calomel 0 gr. 10 en dix paquets.

Potion : Chloral, 3 gr. K. Br. 2 gr.

9 mars. — La céphalalgie a diminué ; le malade a dormi ; la raideur de la nuque persiste, les apophyses lombaires sont moins douloureuses à la pression, les apophyses dorsales le sont en revanche beaucoup plus.

Langue blanche, humide. Quelques vomissements bilieux hier matin et dans la soirée. Pas de selles.

Un peu de gingivite mercurielle avec haleine fétide caractéristique.

Peu de fièvre.

T. M. = 37,6	P. M. = 68
T. S. = 38,3	P. S. = 72

Urines : 1000 gr. dans les vingt-quatre heures ; D. = 1030 ; albumine, néant ; urée, 35 gr.; chlorure, 6 gr.; phosphate, 9 gr.

Prescription. — Bouillon, lait. Calomel 0 gr. 10 en dix paquets.

Lavement : séné, 15 gr.; sulfate de soude, 15 gr.

Potion : chloral, 3 gr.; K. Br., 2 gr.

10 mars. — La nuit a été tranquille ; ce matin le malade se plaint d'une vive douleur à la nuque ; la respiration est un peu gênée et fréquente (à 32 inspirations par minute).

On ne trouve rien à l'examen des organes respiratoires.

Pas de vomissement. Langue blanche. Selle liquide.

Urines : 1500 gr. dans les vingt-quatre heures ; D. = 1020, albumine, néant ; phosphate, 4 gr. 5 ; urée, 35 gr.; chlorure, 6 gr.

T. M. = 38,5	P. M. = 72
T. S. = 37,7	P. S. = 68

Prescription. — Bouillon, lait. Calomel *ut suprà.*
Potion : chloral, 3 gr.; K. Br. 2 gr.
Dix sangsues à la nuque.

11 mars. — Amélioration générale marquée.
La raideur et la douleur de la nuque ont beaucoup diminué. — Une selle molle cette nuit. Respiration normale.
Urines : 900 gr. dans les vingt-quatre heures ; D. = 1025 ; albumine, néant ; urée, 32 gr.; chlorure, 10 gr.; phosphate, 6 gr.

T. M. = 38	P. M. = 68
T. S. = 36,5	P. S. = 64

Prescription. — Bouillon, potage, lait, tilleul.
Calomel *ut suprà* en potion : chloral, 3 gr. ; K. Br., 2 gr.

12 mars. — La raideur du cou a disparu; les apophyses épineuses ne sont plus douloureuses à la pression.

T. M. = 37,7	P. M. = 64
T. S. = 38,2	P. S. = 64

Même prescription.

12 mars. — L'état général est bon, et le malade entre franchement en convalescence.
Urines : 2,000 gr. en vingt-quatre heures; urée, 26 gr. : chlorure, 9 gr.; phosphate 6 gr. 5.

T. M. = 37	P. M. = 64
T. S. = 37,8	P. S. = 60

Le malade se rétablit peu à peu, en même temps qu'une diarrhée assez abondante apparaît; l'élimination de l'infectieux paraissant ainsi prendre cette voie.

En outre, le 14 mars et pendant les quatre jours suivants, les urines sont devenues albumineuses pour la première fois depuis le commencement de la maladie. L'albumine est non rétractile.

Ce cas a été remarquable sous plusieurs rapports : d'abord le début a été assez différent de celui que l'on observe ordinairement dans ce genre d'affection; il a eu, les trois premiers jours, d'après les renseignements fournis par le malade, tout à fait les allures d'accès de fièvre intermittents quotidiens, le quatrième jour presque tous les symptômes de la méningite aiguë franche ont apparu et le mot de fièvre pernicieuse à forme cérébrale s'imposait de telle sorte que si les cas précédents n'eussent donné l'éveil le diagnostic aurait pu être méconnu au moins jusqu'au cinquième jour où l'apparition de l'hyperesthésie et de la douleur vive à la pression des apophyses serait venue lever les doutes.

Notons enfin que chez ce malade l'éruption a manqué. L'albuminurie n'a apparu qu'à la fin; et sous forme d'albumine dissoute, comme cela a lieu dans les fièvres infectieuses.

Nous remarquerons que l'albumine des urines de la scarlatine est rétractile; c'est-à-dire qu'il y a néphrite véritable, et c'est là un point important qui différencie absolument l'albuminurie de la méningite de l'albuminurie de la scarlatine.

Ainsi donc, du mois de décembre 1885 au mois de mars 1886, par une constitution médicale spéciale et nettement caractérisée par une violente épidémie de grippe atteignant, dans d'égales proportions, la population civile et la population militaire, nous observions à l'hôpital maritime de Rochefort quatre cas de méningite cérébro-spinale : deux chez deux jeunes soldats d'infanterie de marine, un chez un artilleur de la marine, et un quatrième chez un gardien de l'observatoire en ville. En même temps, M. le professeur Bourru nous signalait dans la ville deux autres cas :

Le premier, en décembre 1885, chez un homme de vingt-quatre ans, qui présenta tout à coup des symptômes d'une méningite avec une raideur énorme de toute la colonne vertébrale. Le délire était intense, la fièvre violente. Ce cas se compliqua de douleurs dans une articulation scapulo-humérale qui purent faire penser un instant à un rhumatisme cérébral. Mais le diagnostic ne tarda pas à s'imposer, c'était le premier cas d'une série.

Le malade mourut le 28 décembre.

En janvier, dans une autre partie de la ville, M. Bourru se trouvait en présence d'un second cas dans lequel la maladie s'accusa avec les symptômes de méningite cérébro-spinale les moins douteux ; le malade mourut le 18 janvier 1886. Nul doute qu'il n'y ait eu dans la ville d'autres cas.

Nous avons recherché avec soin quelle relation il pouvait y avoir entre ces différentes observations de méningite au point de vue de la transmissibilité de la maladie et de la contagion.

En particulier pour les trois soldats atteints, depuis combien de temps étaient-ils au corps? d'où venaient-ils, étaient ils voisins de chambrée, etc. Présents au corps depuis plusieurs mois, ils n'avaient pu contracter la maladie avant leur arrivée. Aucun voisinage, aucun contage n'a pu être retrouvé entre eux.

Pour les trois autres cas, la chose est encore plus nette,

les malades habitaient des points de la ville éloignés les uns des autres et n'avaient aucuns rapports entre eux.

Il est impossible de parler ici d'encombrement, d'influence de caserne, de maison, ou d'influence analogues, rien de la marche d'une épidémie typhique, il y a simplement une influence générale qui a frappé là où elle a trouvé un terrain disposé à la recevoir, il n'y a pas eu de foyer limité.

A quoi pouvons-nous rattacher ces cas de méningite cérébro-spinale? Quelle est leur étiologie? Il est nécessaire de jeter ici un coup d'œil sur l'histoire de cette maladie.

C'est sous le nom de fièvre cérébrale ataxique que la maladie nommée aujourd'hui méningite cérébro-spinale fait sa première apparition dans l'histoire de la médecine. La relation de Vieusseux concernant l'épidémie de Genève en 1805 et à laquelle il donne le nom que j'ai dit plus haut se rapporte évidemment à la méningite cérébro-spinale.

Ce n'est pas qu'en recherchant dans les écrits antérieurs on ne trouve des descriptions pouvant s'y rapporter et s'y rapportant certainement, nous le verrons plus loin, mais la maladie ne prend réellement place dans le cadre nosologique qu'en 1805. A partir de ce moment on la suit pas à pas et on la voit s'étendre sur toute l'Europe et sur l'Amérique du Nord (1). De 1806 à 1813 elle ravage la Virginie, Washington, le Connecticut, Le Massachusets; à partir de 1812, elle commence à montrer pour l'élément militaire cette affinité qu'elle a depuis montrée partout en Europe. Après un temps d'arrêt de trois ans elle reparaît à New-York, au Canada, et depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui se montre et disparaît alternativement.

En Europe, après l'épidémie de 1805 de Genève, elle apparaît, en 1814, à Grenoble, chez des soldats venus de l'armée du Mont-Blanc. Mais c'est surtout à partir de 1837 qu'on la voit se développer et frapper de tous les côtés à la fois, sans

(1) Laveran. *Traité des maladies des armées*. Historique... *passim*.

qu'il soit le plus souvent possible de suivre sa marche et de rattacher les épidémies les unes aux autres. Rien ne rappelle, dans sa façon de s'étendre, la marche des grandes épidémies asiatiques, la marche des épidémies de choléra ou de peste. Elle est à Bordeaux en 1837, à Rochefort en 1838-9 ; en Algérie, dans la province de Constantine ; en Italie, en 1839-40 ; le Danemark est atteint et en 1854 éclate la terrible épidémie de Suède où la mortalité fut effrayante ; elle apparaît dans le duché de Bade, à Rastadt, sous la forme épidémique, et sous la forme sporadique dans toute l'Allemagne. La Russie, indemne jusque-là, est frappée en 1864-67.

Je viens de dire que la marche de la maladie ne rappelait en rien l'invasion des grandes épidémies, comme le choléra, et que le plus souvent il est impossible de rattacher les épidémies entre elles. En effet, la maladie s'est généralement limitée à de petits foyers, à une maison, à une caserne, à une ville, plus remarquable, comme le fait très bien remarquer Laveran, par la gravité que par le nombre de ses cas. C'est à peine si, à part dans quelques grandes épidémies comme celles de Suède, on peut donner le nom d'épidémique à la marche de l'affection. On croirait plutôt à des cas sporadiques nombreux. Il n'en a pas été autrement dans les cas que nous venons d'observer à Rochefort ; il n'y a pas de foyer se déplaçant, ou duquel rayonnent les autres cas, ce sont des cas sporadiques qui ont frappé ici et là des gens soumis à une même constitution médicale générale.

D'autres fois, cependant, on voit les épidémies de méningite se perpétuer par la venue de nouveaux arrivés au milieu d'un foyer d'infection ou par le transport d'un lieu dans un autre.

Ainsi, dans la *Relation de Lefèvre* sur la maladie qui a régné au bagne de Rochefort en 1839, on voit les faits suivants : En 1837, le 18e léger se rend de Bayonne à Rochefort et la maladie qui était à Bayonne apparaît dans les Landes et à Bordeaux ; à Rochefort, du 5 janvier au

8 février 1838, sept hommes de ce régiment sont atteints de méningite et succombent. Vers la fin de 1838, ce régiment quitte Rochefort pour Versailles où il porte la maladie, tandis qu'à Rochefort, dès février 1839, six hommes habitant la même chambre sont frappés et le bagne est envahi par la maladie. Il nous semble donc, d'après cela, absolument prouvé que la méningite cérébro-spinale est transmissible par importation, par déplacement du foyer infecté.

Si, après avoir étudié la marche générale des épidémies, nous considérons l'influence des milieux, nous sommes surtout frappés d'un fait reconnu par tous les auteurs, c'est que presque toujours la méningite épidémique a régné pendant la saison froide. En Algérie même, dans l'épidémie de Douera, nous la voyons coïncider avec un abaissement sensible de la température et disparaître avec l'élévation de la température. Les régions tropicales ont été complètement épargnées. « Lorsque les épidémies, dit Laveran, ont duré plusieurs années, comme à Bayonne, à Metz et en Suède, c'est avec des rémissions très marquées pendant la saison chaude. En France, sur cinquante-quatre épidémies, quarante-sept ont eu leur début pendant la saison froide. » Ce fait, universellement signalé, n'a peut-être pas été assez considéré dans les différentes théories des auteurs sur la nature de la maladie. Il y a là plus qu'une coïncidence et sans vouloir rattacher à une simple influence saisonnière la méningite cérébro-spinale, nous voulons retenir le fait pour nos conclusions. Déjà nous pouvons objecter aux auteurs qui rattachent la maladie qui nous occupe aux typhus, que le typhus et les maladies typhoïdes en général sont de tous les climats et de toutes les saisons.

Quant aux influences individuelles, la méningite cérébro-spinale a sévi, dans la population civile, principalement sur les enfants, dans la population militaire, presque exclusivement sur les jeunes recrues.

Au bagne de Rochefort, c'est surtout sur les individus

d'âge moyen que l'épidémie a frappé sans marquer de préférence spéciale pour les nouveaux arrivés au bagne; la plupart des forçats atteints étaient, en effet, déjà internés depuis cinq ou six ans; c'est-à-dire avaient dépassé la période où les causes morales pourraient être incriminées, de même pour les causes d'ordre physique : changement d'existence, de nourriture, etc., etc.

A notre avis, si les hommes ont été plus atteints que les femmes, les jeunes gens plus que les adultes, et les jeunes recrues plus que les autres c'est par les mêmes causes, causes banales, qui font que l'hiver les affections catarrhales aiguës frappent surtout cette classe d'individus, en tenant compte bien entendu, de la réceptivité morbide particulière à chacun.

La coïncidence de la méningite cérébro-spinale se développant en même temps que certaines autres maladies a servi à étayer de nombreuses théories sur la nature de cette affection.

On a signalé sa coïncidence avec de nombreuses épidémies catarrhales; en 1847, à Metz, on est frappé de sa présence en même temps que le coryza (?), probablement la grippe, à tel point que le diagnostic est quelquefois hésitant.

Dans le duché de Bade, mêmes faits, la grippe se complique d'accidents nerveux qui rendent le diagnostic obscur.

Enfin on l'a vue régner en même temps que la rougeole, que la scarlatine, que les oreillons, que la fièvre typhoïde et qu'une épizootie : la méningite spinale du bœuf.

Quelle est la nature de la maladie, Les opinions les plus diverses ont été et sont encore émises, car l'accord est loin de s'être fait sur la question.

Et d'abord, méconnaissant le caractère épidémique et infectieux de la maladie un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Grisolle, n'ont vu en elle qu'une simple inflammation. Michel Lévy, dans sa relation

de l'épidémie du Val de Grâce (1), réfute cette opinion à peu près abandonnée du reste aujourd'hui. En faveur de l'inflammation simple on donne comme preuves : la constitution vigoureuse des sujets atteints, les fatigues subies; le siège de la maladie, la production du pus, car qui dit suppuration dit phlogose, la correspondance exacte des lésions et des symptômes et l'efficacité des saignées : Nous répondrons avec Michel Lévy, que les causes individuelles et accessoires comme les fatigues et les excès sont vraiment sans valeur, et se trouvent trop souvent en défaut; que certains symptômes ne sont pas expliqués par la seule lésion, par exemple l'éruption et la présence du pus dans d'autres séreuses. L'inflammation est un des ressorts du mécanisme pathogénique, dit très bien M. Lévy, elle ne le constitue pas. Rattacher la maladie à une simple inflammation, c'est constater un fait, ce n'est pas remonter à une cause.

Aussi dirons-nous avec Laveran (*Traité des maladies des armées*), que les épidémies de méningite cérébro-spinale ne sont pas produites par la réunion fortuite de cas de méningite simple, idiopathique, qu'elles relèvent d'une cause spécifique.

Vieusseux et Comte mettaient en avant les conditions atmosphériques et la constitution médicale régnante; pour nous, tout en affirmant le caractère infectieux de la maladie, il nous semble que les autres théories ne tiennent pas assez compte précisément de ces conditions atmosphériques où se sont développées les épidémies, conditions qui se sont toujours montrées si fixes et si limitées.

Étant admise l'origine infectieuse de la maladie on a cherché à la faire rentrer dans un groupe; on en a fait une variété, une forme du typhus.

C'est là une opinion fort ancienne. Hildenbrand rencontrant ce qu'il appelle les abcès du cerveau et de ses enve-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1819.

loppes les rattache à la terminaison mortelle du typhus par apoplexie humorale. En 1813, Arnould à Brest, Comte en 1814, Biett, Gauthier de Clauby, Lefèvre en 1839, Tourdes en 1844, la considèrent comme une espèce de typhus cérébral produit par un miasme donc l'action élective se porte sur la pie-mère cérébro-spinale.

Alix, dans sa relation sur l'épidémie de Sétif (1), se rallie à l'opinion qui consiste à faire de la méningite cérébro-spinale une maladie typhoïde, un typhus. Il reconnaît que l'encombrement n'est pour rien dans le développement de la méningite cérébro-spinale; mais il note sa coïncidence avec le typhus, et faisant un tableau comparatif des principaux signes de la fièvre typhoïde, du typhus et de la méningite, il trouve :

Dans le typhus : embarras gastrique, céphalalgie, troubles de la vision, délire, typhomanie, coma.

Dans la fièvre typhoïde : Embarras gastrique, céphalalgie, carphologie, délire, typhomanie, coma.

Dans la méningite : Embarras gastrique, céphalalgie, troubles de la vision, délire, mouvements convulsifs, coma.

De plus, dit-il, les signes fournis par le pouls sont nuls dans les trois affections.

Nous avons donc affaire à des affections non identiques, assurément, mais de même genre.

Mais nous pourrons déjà faire remarquer avec Chauffard (2) « que toutes les maladies infectieuses sont plus ou moins typhiques et que donner cette qualification à l'une d'elles, n'es nullement en fournir le caractère propre. » Si l'on entend simplement que la méningite cérébro-spinale est une affection où l'on retrouve beaucoup des symptômes de la fièvre typhoïde, on a raison; mais si l'on veut établir une relation plus étroite entre la fièvre typhoïde ou le typhus et

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1871.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1873.

la méningite, nous croyons que l'on va trop loin. « Ces mala-
« dies ne se confondent, dit Michel Lévy, ni par leurs symp-
« tômes, ni par leurs lésions ; marche, complications,
« tendances, tout diffère. Dans l'une, l'allure lente est la
« règle, dans l'autre, l'exception; ici des troubles gastri-
« ques, là, des troubles cérébraux. La lésion folliculeuse a
« une importance certaine ici, là, à peine dépasse-t-elle une
« simple congestion. Avec le typhus? mais les phénomènes
« tétaniques et les lésions nécropsiques sont très particuliers
« à la méningite. »

Jaccoud (1), se ralliant à l'opinion qui fait de la méningite un typhus, l'appelle sans hésitation : typhus cérébro-spinal, reprenant et développant les preuves fournies par ceux qui l'ont précédé.

« Quoique le poison morbigène, dit-il cependant dans son *Traité de pathologie interne*, nous soit inconnu dans sa nature et son origine, nous pouvons cependant affirmer qu'il diffère totalement des poisons générateurs du typhus abdominal et du typhus. »

Nous ferons remarquer que si ce poison diffère *totalement,* dans sa nature, de celui du typhus, il est étrange que les effets produits sur l'organisme soient tellement analogues que les deux maladies méritent le même nom générique.

Les preuves que donne Jaccoud, pour justifier son opinion, sont les suivantes :

1° Le typhus cérébro-spinal, comme les autres typhus, paraît dominé, dans son développement seulement, par l'encombrement, la mauvaise ventilation et un ensemble de conditions fâcheuses.

Il faut avouer que ces faits, fussent-ils irréfutables, il n'y aurait là que des causes déterminantes, banales, que l'on retrouve un peu partout.

Mais il n'en est rien. Dans le duché de Bade, par exemple,

(1) *Traité de pathologie interne.*

l'épidémie n'a pas sévi dans les villes et dans les rues les plus encombrées et les moins aérées, on a au contraire été frappé de ce fait que la maladie faisait le plus de ravages dans les rues les plus larges et les plus propres. Laveran rapporte que dans une caserne l'épidémie se déclara à un moment où elle ne renfermait que peu de soldats et qu'elle disparut quelque temps après l'arrivée de troupes qui l'encombrèrent presque.

Alix, dans l'épidémie de Sétif, reconnaît expressément que l'encombrement ne saurait être mis en cause, et dans les cas que nous venons d'observer à Rochefort il ne saurait davantage en être question. En outre, continue Jaccoud, « l'étude des épidémies démontre que les conditions cosmiques n'ont aucune influence; longitude, latitude, altitude, tout cela est indifférent. » Or, les relations de toutes les épidémies montrent au contraire que la latitude par exemple n'a pas été indifférente puisque la maladie n'a jamais depassé la zone tempérée et que la saison et la température ont un effet marqué puisque presque toutes les épidémies se sont montrées dans les saisons froides ou pluvieuses. Pour les cas que nous avons rapportés, c'est une fois de plus en hiver et par un hiver extraordinairement pluvieux.

2° Le typhus cérébro-spinal a coïncidé avec le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde.

Mais nous ajouterons qu'il a coïncidé également avec la rougeole, la scarlatine, plus fréquemment encore avec la grippe et de même que l'on met en avant cette coïncidence avec les maladies typhoïdes, de même avec autant de raison noterons-nous sa coïncidence avec la grippe.

3° « Les lésions des méninges ne se retrouvent pas dans « les cas foudroyants. On a constaté des lésions dans le foie, « dans la rate, dans les ganglions mésentériques. Le poison « du typhus cérébro-spinal se comporte, relativement aux « méninges, comme le poison du typhus abdominal relative- « ment à l'appareil folliculeux. »

Admettant l'infectieux de la méningite cérébro-spinale, nous comprenons qu'il peut se présenter de cas foudroyants où les lésions nécropsiques soient nulles ; que le foie, la rate, les glandes mésentériques, et les reins soient atteints ; quoique le fait soit relativement rare, il a été constaté ; mais dire d'après cela que le poison du typhus cérébro-spinal se comporte relativement aux méninges comme le poison du typhus abdominal relativement à l'appareil folliculaire, c'est précisément ce qu'il faudrait prouver, et nous avouons pour notre part que nous ne comprenons même pas ce que Jaccoud entend par ces mots et quelle relation il peut y avoir entre les lésions d'organes aussi différents qu'une méninge et qu'un follicule de Payer.

Nous sommes donc en présence de deux maladies toutes deux infectieuses, il est vrai, dont certaines formes cliniques peuvent se rapprocher sans que pourtant le diagnostic puisse hésiter longtemps, mais qui sont absolument différentes l'une de l'autre à notre avis, et pour nous la méningite cérébro-spinale n'est pas un typhus.

Pour MM. Lévy et Chauffard, la maladie qui nous occupe n'est autre chose qu'une pyohémie que l'on doit placer à côté de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente.

« C'est une fièvre purulente à déterminations méningées, « dit Chauffard (1), mêmes épouvantables frissons, même « teint subictérique, mêmes éruptions herpétiques, même « rapidité. La seule différence réside dans la localisation. »

On pourrait objecter que dans la fièvre puerpérale et dans l'infection purulente, on voit la porte d'entrée du pus et qu'il n'en est rien dans la méningite, quoique personnellement nous pensions que les décompositions chimiques qui ont lieu dans l'intimité des tissus soient parfaitement susceptibles de produire du pus. Et en faveur de la pyohémie les recherches récentes de Gautier sur les ptomaïnes et les leucomaïnes

(1) *Loc. citato.*

pourraient être invoquées. S'il nous est permis de dire notre opinion sur un point si discuté par les maîtres de la science, nous ne croyons pas qu'il faille toujours aller chercher en dehors de nous l'éternel microbe cause de tous les maux; nous pensons que si très souvent le fait est vrai, d'autre part notre organisme est parfaitement susceptible de s'infecter lui-même et que l'on a trop souvent pris les organismes inférieurs, découverts dans telle ou telle affection pour des causes alors qu'ils n'étaient que des effets.

Nous rejetons néanmoins toute analogie entre la méningite et une fièvre puerpérale et une infection purulente ; les conditions où naissent ces diverses maladies sont trop différentes, et pourquoi alors ne verrait-on pas se développer dans les hôpitaux et les maternités ces maladies en même temps et aussi fréquemment l'une que l'autre.

Il nous reste, avant de conclure, à voir ce que nous devons penser de l'opinion de Laveran. Pour cet auteur, on est en présence d'une manifestation de la scarlatine.

Et la preuve, dit Laveran, c'est que les épidémies ont coïncidé avec des épidémies de scarlatine, que la maladie a le même mode de début, que l'exanthème est scarlatiniforme et que la scarlatine a une prédilection marquée pour les séreuses, comme la méningite.

Quant à la question de coïncidence avec telle ou telle épidémie, nous avons vu qu'on l'avait également mise en avant pour le typhus. Nous la mettrons nous-même en avant avec autant de raison pour la grippe.

Quant au mode de début, la pathologie interne nous montre trop de maladies différentes débutant de la même façon pour qu'il soit possible d'étayer une théorie sur ce fait.

La forme de l'exanthème? Dans les cas que nous avons observés personnellement, nous avons vu de l'exanthème rubéolique, de l'exanthème scarlatiniforme et des taches enticulaires, et enfin pas d'éruption du tout.

Il n'y a pas plus de raison pour rattacher la méningite cérébro-spinale à la scarlatine qu'à la rougeole par exemple.

Nous ne saurions mieux faire enfin que de citer l'opinion de Chauffard, qui a discuté d'une façon très serrée, les preuves mises en avant par Laveran.

Chauffard (1), dans les épidémies qu'il a observées, ne les a pas vues coïncider avec la scarlatine, et ce ne sont pas des scarlatines frustes, car les vraies scarlatines frustes se montrent toujours à côté de vraies complètes.

De plus, les scarlatines frustes chez lesquels on voit apparaître comme unique symptôme de l'anasarque et de l'albuminurie, peuvent très bien communiquer la scarlatine; il n'a jamais été question de faits analogues à propos de la méningite.

La scarlatine, dit Laveran, affectionne les séreuses et engendre souvent des suppurations; mais, comme le fait remarquer Chauffard, ces complications n'entrent pas dans l'évolution régulière de la maladie comme l'anasarque. Elles compliquent la scarlatine, elles ne la manifestent pas. Enfin, dans la scarlatine, l'inflammation des séreuses est une complication de la fin de la maladie; dans la méningite, c'est un symptôme de début.

Pour nous, nous dirons que la méningite cérébro-spinale est une localisation de la grippe sur le système nerveux, et nous allons tâcher de le prouver.

Cette opinion n'est d'ailleurs pas nouvelle; M. Brochin, à l'article *Catarrhe* du *Dictionnaire des Sciences médicales*, s'exprime ainsi :

« On a voulu voir dans la méningite cérébro-spinale une des manifestations protéiques de l'épidémie de grippe, c'est abuser de ce principe déjà exagéré qui veut qu'en présence de la suprématie d'une épidémie régnante, presque toutes les maladies existantes soient portées à son compte. Mais quand

(I) *Gazette hebdomad.*, 1873.

on rapproche la grippe de la description de la méningite qu'ont laissée Boudin, Broussais, Malapert et Michel Lévy, on est plus frappé des différences que des quelques ressemblances. »

Quant à nous, c'est le contraire qui nous a frappé.

Ozanam, à la remarquable *Histoire des Epidémies* duquel il faut toujours se rapporter quand on traite de pareilles questions, passe en revue, sous le nom de fièvre catarrhale, la plupart des épidémies de grippe et signale les symptômes suivants :

En 1580, en Portugal, Zacutus Lusitanus rapporte qu'une épidémie de fièvre catarrhale se compliqua d'horripilations aux parties inférieures et le long de l'épine du dos, de pesanteur de la tête.

En 1590, en Italie, sévit une épidémie catarrhale cruelle avec fièvre aiguë et coryza, le siège de la maladie était ordinairement à la tête, les malades tombaient dans le coma et mouraient du huitième au dixième jour.

En 1729, dans l'épidémie de fièvre catarrhale de Saxe, Frédéric Hoffmann rapporte que la maladie ne s'annonçait pas par des frissons, mais une céphalagie gravative, une toux sèche et de l'anorexie; beaucoup de malades éprouvaient de légers délires, des rêvasseries, des tremblements des membres, il parut même vers le quatrième ou le septième jour des exanthèmes anormaux.

Pauly, en Silésie, 1736, dans l'épidémie de fièvre catarrhale qu'il a observée, note un coryza, de l'enrouement, de la toux, des douleurs rheumatiques errantes auxquelles succédaient des horripilations avec douleurs tensives et pongitives au dos et à la mâchoire; des nausées avec vomissements bilieux, tremblement des lèvres, spasmes. Quelquefois survenait le pourpre rouge ou blanc, même des pétechies qui ne présentaient ni bon, ni mauvais pronostic.

Dans l'épidémie de grippe de 1743, en Allemagne, Huckel décrit des frissons récurrents, des douleurs aiguës au dos

et aux lombes, une violente céphalalgie, des vertiges, du délire, un pouls petit et accéléré.

Tous les malades qui furent atteints de forte céphalalgie eurent peu de toux et inversement.

Enfin, Tetsel, parlant de ce qu'il appelle la fièvre lente catarrhale, la divise en trois périodes :

1re *période.* — Col raide, yeux appesantis, frissons, tête embarrassée, un peu de toux.

2e *période.* — Frissons, soif, langue sale, visage rouge, pouls fréquent, bas ventre tendu et dur, rêvasserie, vomissements, diarrhée, forme intense, convulsions, soubresauts de tendons.

3e *période.* — Toux, expectoration, sueurs.

Si nous arrivons à des auteurs plus récents, nous voyons Petrequin (1), à propos de l'épidémie de grippe de 1837, constater que dans la grippe un appareil a paru être constamment lésé : le système cérébro-rachidien.

Il a observé souvent des troubles céphaliques, une céphalalgie violente gravative ; une sensibilité tactile exaltée et douloureuse, l'intelligence obscurcie, de l'hébétude, de la douleur spinale dans les régions dorsales et sacrées avec pression douloureuse des apophyses ; une hyperesthésie générale ou localisée, des convulsions.

« Mais, dit-il, dans la majorité des cas, ces phénomènes n'étaient pas purs, un autre organe était pris, et c'est là ce qui a donné lieu à tant de doctrines sur sa nature (à la grippe). »

« Pour lui, à côté de l'élément catarrhal, il y a un élément « nerveux dépendant de la cause universelle, sous l'in-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1837.

« fluence de laquelle se sont développés les symptômes géné-
« raux. L'état morbide des voies respiratoires ne paraissait
« pas être le fait nécessaire, la bronchite a manqué, et bien
« des gens n'ont éprouvé que des phénomènes ayant leur
« point de départ dans le système nerveux. Avant la mu-
« queuse, le système nerveux a ressenti l'atteinte épidémi-
« que. »

Il nous semble que de toutes ces descriptions, contrairement à l'opinion de Brochin, on voit plutôt surgir les ressemblances que les différences entre la grippe et la méningite cérébro-spinale.

Si nous consultons Michel Lévy, nous voyons que quand apparut le premier cas de méningite en 1847, la grippe sévissait dans la garnison accompagnée de phénomènes nerveux. « Comment n'être pas frappé, dit-il, des phénomènes nerveux de cette grippe, du rôle que l'axe cérébro-spinal y a joué. »

D'autre part, on voit que les méningites cérébro-spinales qu'il a observées se sont compliquées d'affections des voies respiratoires, telles les observations VII, VIII, IX (1). C'est ce que nous avons observé nous-même chez un de nos malades qui, vers la fin de la maladie, a été atteint de laryngite et de bronchite intense.

Enfin, nous allons citer Jaccoud dans sa description même de la grippe : « La caractéristique du début de la grippe est une perturbation nerveuse. A ces phénomènes initiaux, s'ajoutent une céphalalgie violente et une hyperesthésie cutanée des plus vives.... Quelquefois, les troubles nerveux sont plus graves encore, les malades sont agités; il n'est pas rare de voir éclater du délire; on a noté de la somnolence.

« Enfin, dans les cas très graves, on a observé des contractions douloureuses des muscles, des crampes, des contractu-

(1) Michel Lévy, *loc. cit.*

res, des soubresauts de tendons, voire même des mouvements convulsifs. »

Il n'y a pas un mot à retrancher et cette description est la description même de la méningite cérébro-spinale.

Concluons : Nous avons vu cet hiver, à Rochefort, des méningites cérébro-spinales qui ont frappé indifféremment, sur divers points de la ville et sans qu'il soit possible de limiter un foyer quelconque. En même temps, sous une influence saisonnière, sous une constitution médicale générale, s'est développée une violente épidémie de grippe. Or, pour toutes les raisons que nous avons étudiées, nous pensons que ces cas de méningite cérébro-spinale, n'ont été autre chose que des formes de cette grippe, en un mot, des grippes cérébro-spinales.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr LAYET.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 30 mars 1886.

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD. rue Porte-Dijeaux, 91.